

COMORBILIDAD ENTRE ADICCIONES A SUSTANCIAS Y ENFERMEDADES MENTALES (PATOLOGIA DUAL)

Autor Marco Fabián García García

RESUMEN

Las enfermedades mentales se han convertido en motivos de consulta muy frecuentes en nuestro medio, y esto debido al aumento del consumo de sustancias psicoactivas ya que estas empeoran el estado psicológico y emocional de las personas que lo consumen. Este trabajo se basa principalmente de mostrar la relación que existe entre el consumo de sustancias y las enfermedades psiquiátricas y la forma de identificarlas y manejarlas en una consulta, con el fin de promover una forma de evitarlas.

PALABRAS CLAVES

Patología Dual, consumo de sustancias, trastornos mentales

INTRODUCCIÓN

Los términos utilizados para designar la comorbilidad entre un Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) y un Trastorno Mental (TM) han sido diversos, si bien el más ampliamente difundido es el de "Diagnóstico Dual" o "Patología Dual". En un sentido estricto se refiere a la coexistencia de un TM y un TCS, ambos primarios e independientes en su génesis. Sin embargo, dadas las dificultades existentes para establecer tal independencia etiológica se acepta, actualmente, el término en una acepción más amplia, incluyendo todas las posibles relaciones entre ambas entidades nosológicas(1). Uno de los problemas principales que presentan los individuos con trastorno por uso de sustancias (TUS) es la dificultad de identificar de forma fiable y válida la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante. Este es un punto especialmente relevante para los clínicos que necesitan tener criterios diagnósticos y entrevistas adecuadas para decidir cuando hay que iniciar un tratamiento específico para los trastornos psiquiátricos en pacientes drogodependientes. También en los estudios epidemiológicos es imprescindible poder realizar los diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica para poder planificar los recursos asistenciales necesarios para atender a esta población. Así mismo, para avanzar en el conocimiento de los factores genéticos implicados en las adicciones y los trastornos mentales es importante disponer de criterios e instrumentos diagnósticos que ayuden a la mejor caracterización fenotípica de los sujetos.

Pero la realización de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos que están consumiendo sustancias psicoactivas plantea dos problemas fundamentales. Por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente. Por otro lado, el hecho de que los trastornos psiquiátricos son más "síndromes" (patrones de síntomas con algunas pruebas de validez clínica) que "enfermedades" con una fisiopatología conocida y con unos marcadores biológicos claros. A pesar de que en las últimas décadas se ha profundizado mucho en el conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades mentales todavía no disponemos de marcadores con suficiente sensibilidad y especificidad que sirvan como "patrón oro" para comparar las medidas de las entidades diagnósticas basadas en conjuntos de criterios y entrevistas clínicas estructuradas. A falta de pruebas de laboratorio o de otros procedimientos directos para la validación de los diagnósticos psiquiátricos, el método del "Longitudinal Expert with All Data" (LEAD) se considera como el "patrón oro" contra el que podrían evaluarse las entrevistas diagnósticas. LEAD es un acrónimo que

implica tres conceptos esenciales: evaluación Longitudinal, realizada por Expertos y utilizando Todos los Datos disponibles. "Longitudinal" quiere decir que el diagnóstico no está limitado a una única exploración.

Los síntomas que aparecen o desaparecen tras una evaluación inicial también se consideran al diagnosticar un episodio de enfermedad. La duración del período longitudinal puede ser breve o de años. "Experto" indica que los diagnósticos son realizados por clínicos expertos. "Todos los Datos" se refiere a que los expertos clínicos no sólo evalúan sistemáticamente en el tiempo, sino que también entrevistan a otros informantes tales como familiares y allegados y tienen acceso a los datos que provienen de otras fuentes como el personal de la sala, terapeutas, análisis de laboratorio e historias clínicas.

Se revisan la evolución en las últimas décadas de los criterios diagnósticos y los instrumentos utilizados para el diagnóstico de los síndromes psiquiátricos cuando aparecen de forma concomitante con los trastornos por uso de sustancias, haciendo especial énfasis en los criterios DSM-IV y las entrevistas diagnósticas basadas en estos criterios(2).

Durante muchos años la psiquiatría general ha minimizado la importancia de los diagnósticos de patología dual. Sin embargo, en la actualidad están bien establecidos los siguientes datos:

1. La presentación concomitante o consecutiva de un Trastorno Relacionado con Sustancias y otro Trastorno Mental no es explicable sólo por azar.
2. En la práctica clínica de las drogodependencias los DD representan la mayoría de los pacientes que toman contacto con los servicios de salud, llegando casi al 80% en Estados Unidos.
3. En la práctica psiquiátrica general un 30-50% de los pacientes presentan, además, un trastorno relacionado con el consumo de alcohol o drogas.
4. La presencia de un Trastorno Mental es uno de los factores de riesgo de mayor peso para presentar, adicionalmente, un Trastorno por Consumo de Sustancias.
5. La presencia de un Trastorno Relacionado con Sustancias es, así mismo, un poderoso factor de riesgo para presentar otro Trastorno Mental.
6. Los DD presentan con mayor frecuencia recaídas en el Trastorno por Consumo de Sustancias y resistencia a los tratamientos del Trastorno Mental concomitante, lo que conlleva a un empeoramiento del pronóstico de ambos trastornos.

7. Los DD utilizan muy frecuentemente los servicios de salud, generando costes muy elevados a los Sistemas Sanitarios.

8. Algunos DD presentan riesgos específicos sobreañadidos, como es el caso de la concomitancia de un Episodio Depresivo Mayor y Alcoholismo, combinación que muestra, consistentemente, un elevado riesgo de suicidio(1).

La droga se define como toda sustancia terapéutica o no, de origen natural o industrial que introducida en el organismo es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), hasta provocar alteración física o intelectual, creando un estado de dependencia física, psíquica o ambas.

Clasificación de las principales drogas

La drogodependencia (según la OMS) "es un estado de intoxicación crónica que afecta a la persona y a la sociedad originado por el consumo repetido de una droga natural o sintética".

Los rasgos que caracterizan la personalidad de un toxicómano son:

1. Incidencia en la depresión.
2. Egocentrismo.
3. Inferioridad personal encubierta en una personalidad autosuficiente.
4. Dificultad para mantener relaciones estables.
5. Inmensa necesidad afectiva o de aprobación.
6. Su bajo nivel de tolerancia a la frustración(4).

La PRISM-IV es una entrevista estructurada basada en los criterios diagnósticos DSM-IV y diseñada específicamente para diferenciar los trastornos mentales primarios de los trastornos inducidos por sustancias y de los efectos esperados de la intoxicación y de la abstinencia en sujetos con consumo elevado de alcohol y otras sustancias. Las características más importantes que hacen que la PRISM sea un instrumento específico para el estudio de la comorbilidad en sujetos drogodependientes son:

- Añade pautas específicas de evaluación / clasificación a lo largo de la entrevista tales como, la estipulación de frecuencia y duración de los síntomas, los criterios explícitos de exclusión y las guías de resolución en caso de dudas.

- Sitúa las secciones sobre el alcohol y las otras drogas casi al principio de la entrevista, previamente a las secciones

de trastornos mentales.

- Mediante una anamnesis más estructurada sobre el alcohol y las otras drogas, proporciona un contexto más adecuado para el seguimiento de la comorbilidad psiquiátrica.

La PRISM evalúa 20 trastornos del Eje I y 2 trastornos del Eje II según el DSMIV. Estos son: trastorno por uso de sustancias incluyendo el abuso y la dependencia para cada una de las sustancias (alcohol, cannabis, alucinógenos, opiáceos y estimulantes); trastorno afectivo primario (depresión mayor, episodio maníaco, trastorno bipolar I, trastorno afectivo con síntomas psicóticos, episodio hipomaniaco, trastorno bipolar II, distimia y trastorno ciclotímico); trastorno de ansiedad primario (trastorno de pánico, fobia simple, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés post traumático); trastorno psicótico primario (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado); trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia y trastorno por atracones); trastornos de la personalidad (trastorno antisocial y límite de la personalidad) y trastornos inducidos por sustancias (depresión mayor, manía, distimia, psicosis, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada).

La SCID-IV es una entrevista semiestructurada que requiere ser utilizada por clínicos con experiencia y es la más utilizada en psiquiatría general. Permite realizar los diagnósticos de trastorno primario o inducido por sustancias pero con la desventaja de que no proporciona unas guías específicas para la valoración de los criterios psicopatológicos propuestos por el DSM-IV. El tiempo de administración se sitúa entre una y dos horas. Existen dos entrevistas clínicas distintas, una para la valoración de los trastornos del eje I (SCID) y otra para los trastornos del eje II (SCID-II). Las versiones españolas de la entrevista SCID para eje I y de los trastornos de la personalidad antisocial y límite han sido validadas recientemente comparando los diagnósticos obtenidos con la SCID con respecto a los obtenidos mediante el sistema LEAD como "patrón oro". En este estudio se demostró que los diagnósticos obtenidos mediante la SCID de depresión mayor primaria e inducida, psicosis inducida y trastornos de personalidad antisocial y límite, tenían unos índices kappas pobres y significativamente inferiores a los índices kappas (buenos) obtenidos mediante la entrevista PRISM. Respecto a la fiabilidad de los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista SCID en sujetos con uso de sustancias, actualmente todavía no se dispone de datos que demuestren la fiabilidad de los diagnósticos realizados en este subgrupo de pacientes.

La AUDADIS-IV es una entrevista estructurada, utilizada en estudios comunitarios y que permite ser administrada por investigadores poco expertos que pueden demorarse entre una y dos horas en la realización de la entrevista. Los diagnósticos del DSM-IV que evalúa la AUDADIS-IV son: los trastornos por abuso y dependencia del alcohol, sedantes, tranquilizantes, opiáceos -excepto heroína y metadona-, estimulantes, alucinógenos, cannabis, cocaína e inhalantes; el trastorno depresivo mayor; el trastorno distímico; el trastorno maníaco; el trastorno hipomaniaco; el trastorno de pánico con/sin agorafobia; el trastorno de fobia social; el trastorno de fobia específica y el trastorno por ansiedad generalizada. En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, la AUDADIS-IV permite hacer la distinción entre trastorno independiente, cuando el episodio aparece de forma aislada del consumo, y trastorno inducido por sustancias cuando lo hace vinculado a un periodo de intoxicación o abstinencia de la droga(2).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES DE COMORBILIDAD EN EL ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL

Trastorno de la personalidad: Diagnóstico psiquiátrico más común entre los consumidores de drogas, afecta a un porcentaje de la población situado entre 50% y 90%.

Trastornos del control de los impulsos relacionados con sustancias: Son una constante en la práctica clínica y, con frecuencia, cuestiona el carácter independiente derivado de su clasificación como entidades separadas. La asociación con los trastornos por uso de sustancias en la ludopatía es una constante (cerca a 50%), así como en la cleptomanía, el

Trastorno por atracción y las compras compulsivas.

Trastornos del humor: Afecta a un porcentaje de población situado entre 20% y 60%.

Trastornos bipolares: Tienen una prevalencia de entre 1.3% y 5%; 15% de los pacientes se suicidan. Se ha observado que la depresión incrementa la vulnerabilidad de la persona a desarrollar un trastorno por uso de sustancias debido a diversas condiciones, entre las que se encuentra el intentar usar las sustancias psicoactivas como automedicación de su depresión.

Esquizofrenia: La comorbilidad de la esquizofrenia y el abuso de sustancias es frecuente; 47% de los pacientes con esquizofrenia presentan un trastorno por abuso de sustancias a lo largo de su vida (sin incluir la nicotina). Aproximadamente 30% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan trastornos relacionados con el abuso de sustancias y 5% de los pacientes alcohólicos hospitalizados sufren esquizofrenia.

Trastornos de ansiedad: Tienen una prevalencia entre 10% y 50%; la más frecuente, la ansiedad social, con 13.3%.

Trastorno por estrés postraumático (TEPT): Presenta una incidencia de 7.8%, cifra que irá aumentando teniendo en cuenta el ambiente belicista en determinadas regiones. Su comorbilidad con alcoholismo: hombres 51.9%, mujeres 27.9%; su comorbilidad con drogas ilegales es de 34.5%.

Clínica del TEPT con Trastorno por uso de sustancias (TUS):

- Aumenta los síntomas del TEPT.
- Aumenta la comorbilidad Eje I y Eje II.
- Aumenta los problemas médicos y psicosociales.
- Aumenta las recaídas.
- Aumenta la refractariedad al tratamiento.
- Disminuye el consumo de sustancias en TEPT en remisión.

Trastorno de pánico (TP) y TUS

- 36% de TP tiene TUS.
- Mayor riesgo que TP no comórbido.
- TUS precede TP más que TP a TUS.
- Cocaína, anfetamina, cafeína, alcohol, abstinencia de alcohol y benzodiazepinas pueden precipitar ataques de pánico.
- TP inducido por cocaína puede prolongarse después de dos semanas de abstinencia.

TUS y fobia social (FS)

- Comorbilidad 8% a 56%
- 13.9% de FS en cocainómanos
- Sustancia más común: alcohol
- FS precede a TUS

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y TUS

- Alcohólicos: 3% a 12% TOC.
- Riesgo de TOC: en usuarios de marihuana y cocaína: 5,6 veces respecto de no TUS.
- Diagnóstico: relativamente poco problemático. Opiáceos y alucinógenos pueden inducir síntomas TOC.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Los adolescentes con ésta afección muestran mayor riesgo de desarrollar TUS para síndromes adictivos de intoxicación y abstinencia o abuso que otra persona de la población general. Para ellos se invocan factores genéticos psicofamiliares y de automedicación.

Por otro lado es importante tener en cuenta que existen enfermedades primarias crónicas o agudas coexistentes con la adicción. Estas enfermedades puede o no haber sido causadas por la adicción, pero es necesario identificarlas y tratarlas(6).

ADICCION DE SUSTANCIAS Y TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

El abuso o dependencia de sustancias psicoactivas es muy frecuente en pacientes bipolares y, aunque la frecuencia de esta asociación está muy bien documentada, las razones para la misma no están muy claras. Los trastornos afectivos y el abuso de drogas, tienen formas muy variables de presentación que se hacen aún más complejas si ambas patologías se dan juntas.

Existirían cuatro hipótesis potenciales por las cuales se produce esta coexistencia:

1. El abuso de sustancias se produce como síntoma del trastorno bipolar.
2. El abuso de sustancias se produce en un intento del paciente de paliar sus síntomas.
3. El abuso de sustancias causa el trastorno bipolar.
4. Ambos comparten factores de riesgo comunes.

Ninguna de estas cuatro hipótesis por sí sola explica todos los casos en los que se produce la asociación, y es muy probable que todas ellas jueguen algún papel. Los diferentes estudios señalan que la coexistencia de ambos trastornos empeora el curso clínico, dificulta el diagnóstico y hace que el tratamiento sea más complicado(3).

En poblaciones clínicas también se han encontrado altas tasas de comorbilidad entre el trastorno bipolar el abuso de sustancias. Los estudios en pacientes que estaban siendo tratados de un trastorno bipolar han revelado tasas de prevalencia del abuso de drogas que oscilan entre el 21 y el 31%. Asimismo, se han encontrado altas tasas de trastorno bipolar en personas que acudían solicitando tratamiento para la drogodependencia.

Ya en la década de los 70 y los 80 se empezó a observar una tendencia al consumo de cocaína y otros psicoestimulantes en los pacientes bipolares y ciclotímicos. Aunque los bipolares consumen estimulantes en las fases depresivas de la enfermedad, dicho consumo parece ser más frecuente en las fases maníacas, en un patrón similar al del alcohol y suponiendo presumiblemente un intento del paciente de acrecentar o provocar síntomas maniformes con la droga. Asimismo y en consonancia con lo anterior, se ha observado que las anfetaminas provocan más fácilmente euforia en los deprimidos bipolares que en los unipolares. Estudios más recientes ahondan en este hallazgo e intentan encontrar una relación entre el trastorno bipolar, el consumo de estimulantes y el trastorno de hiperactividad con déficit atencional.

El consumo de opiáceos es mayor en sujetos bipolares que en la población general, aunque no tan llamativamente como en el caso del alcohol y los estimulantes. Los usuarios de opiáceos, a diferencia de los usuarios de cocaína, tienden a hacerlo con mayor frecuencia cuando están deprimidos(3).

Hay muy pocos datos sobre su abuso en bipolares, aunque su utilización también es mayor que en la población general. Los estudios relativos al cannabis inciden sobre el posible uso de éste como automedicación, y se argumenta que pueda tener un efecto antidepresivo intrínseco. Existen datos anecdóticos de pacientes que utilizan los cannabinoides para combatir las fases depresivas, las maníacas, y los efectos secundarios de los fármacos.

El trastorno bipolar es la patología de eje I más frecuentemente asociada al consumo de alcohol y drogas, y esta asociación es más frecuente en las fases maníacas que en las depresivas. Los mecanismos exactos de dicha asociación no están del todo claros aunque han sido más estudiados en el caso del alcoholismo. Es muy probable que existan subgrupos de pacientes en los que los mecanismos sean comunes. Con frecuencia la comorbilidad dificulta el diagnóstico y empeora el pronóstico. Habitualmente los tratamientos convencionales son menos efectivos. Es preciso que se realicen más estudios en los que queden mejor definidos los diferentes subtipos de asociaciones comórbidas(3).

ADICCION DE DROGAS Y SU RELACIÓN CON LA ESQUIZOFRENIA

En la población general, especialmente en los jóvenes, se observa un uso cada vez más extendido de drogas. Casi el 50% de los adultos jóvenes, se observa un uso cada vez más extendido de drogas. Casi el 50% de los adultos jóvenes han probado o usado regularmente sustancias de abuso (marihuana, drogas psicodélicas, hipnóticos, sedantes, estimulantes como la cocaína, derivados opiáceos, etc.). Si se incluye el alcohol las tasas de incidencia se incrementan hasta un 90%.

Por otro lado el abuso de drogas puede exacerbar los trastornos psiquiátricos, incluso las sustancias psicoactivas han sido implicadas en el comienzo precoz de la psicosis. El uso y abuso de determinados tipos de drogas se considera un factor de riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia y podría actuar como factor desencadenante de la misma en pacientes con una determinada personalidad psicótica(4).

La esquizofrenia es una de las formas más graves de los síndromes psiquiátricos y a la vez más frecuente. Tiene una edad de aparición entre los 15 y 30 años. También es llamada "Psicosis discordante", definida como la discordancia entre el pensamiento y la conducta que manifiesta este pensamiento. El mayor problema es que va encaminado a desembocar en la cronicidad, con mal pronóstico porque limita la vida del enfermo e incluso la vida de sus familiares.

En la última revisión de los criterios diagnósticos para enfermedades mentales -DSM IV, los referidos a la esquizofrenia son:

A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes.

- Ideas delirantes.

- Alucinaciones.

- Lenguaje desorganizado.

- Comportamiento catatónico, o gravemente desorganizado.

- Síntomas negativos.

B. Disfunción social/laboral.

C. Duración de al menos 6 meses.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.

E. Exclusión del consumo de sustancias y de enfermedad médica.

F. Sin relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

Existen cuadros psicóticos de larga duración de tipo esquizofrénico puestos en marcha por el consumo de cannabis que plantean una confusión en el diagnóstico. Puede ser una "ESQUIZOFRENIA ENDOGENA" cuyo factor desencadenante es el consumo de drogas o bien puede ser una "PSICOSIS" cuyo factor causal es el consumo de tóxicos, denominada "PSICOSIS CANNABICA". Este diagnóstico se incluye en el DSM IV y lo denomina Trastorno Psicótico inducido por sustancias. Sus criterios resumidos son:

A. Alucinaciones o ideas delirantes.

B. Los síntomas de "A", aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias.

C. La alteración no es una esquizofrenia endógena.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Podemos entender la enfermedad mental como primaria, siendo el abuso de sustancias una consecuencia; por otro lado, el trastorno psiquiátrico podría ser considerado también como secundario al abuso de drogas. Asimismo, se pueden explicar ambas patologías (esquizofrenia-drogadicción) como independientes o con una etiología común.

Se ha demostrado que el uso de cannabis es un factor de riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia, como también que el riesgo de padecerla entre los consumidores de cannabis es seis veces mayor que entre los no consumidores.

Es significativamente frecuente entre los pacientes esquizofrénicos el consumo de drogas mayor en los hombres que en las mujeres, y en particular de alcohol y cannabis entre otros. Los pacientes jóvenes son más propensos al abuso de estimulantes y alucinógenos. Con un bajo nivel socioeconómico se abusa más del cannabis que de otras drogas siendo en entorno social y familiar un determinante crítico(4).

DIAGNÓSTICO DUAL (ESQUIZOFRENIA Y DEPENDENCIA A MARIHUANA)

Se estima que entre 15.4% - 25% y un 50% - 64.7% de los pacientes con esquizofrenia abusan de alcohol o sustancias psicoactivas en algún momento de su enfermedad, constituyéndose en la principal comorbilidad del trastorno

El Epidemiological Catchment Area Study (ECA) sugiere que las tasas de abuso de sustancia a lo largo de la vida en los pacientes con trastornos psiquiátricos puede ser tan alta como 87% para trastorno de personalidad antisocial, 56% para trastornos bipolares, 47% para esquizofrenia y 32% para trastornos depresivos.

La comorbilidad del uso de sustancias (en especial cannabis y alcohol) y enfermedades mentales severas como la esquizofrenia suele acompañarse de serias complicaciones como aparición más temprana del primer episodio psicótico, incremento de las tasas de violencia, suicidio, abandono del tratamiento, exacerbación de los síntomas psicóticos, refractariedad a los antipsicóticos, mayor uso de los servicios de emergencia, mayores tasas de recaídas y hospitalización psiquiátrica

El uso fuerte de cannabis ha demostrado ser un factor capaz de conducir a la recaída a pacientes esquizofrénicos,

Se ha sugerido que los individuos con esquizofrenia usan drogas de abuso en un intento por automedicar sus síntomas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Alcohol, marihuana y los estimulantes son las sustancias de mayor abuso por parte de los sujetos esquizofrénicos, mientras los opiáceos o sedantes son infrecuentemente utilizados como drogas de primera elección

El diagnóstico diferencial de psicosis por cannabis y esquizofrenia puede ser difícil, sin embargo, la evaluación de la historia personal, un test de orina y la breve duración de los síntomas de intoxicación por THC ayudan a hacer el diagnóstico.

TRATAMIENTO

El diagnóstico dual en esquizofrenia requiere la integración de dos paradigmas de tratamiento, un contexto para el control de los síntomas psicóticos y otro para el control del abuso de sustancias.

Un tratamiento efectivo necesita apuntar no sólo a los aspectos médicos y psiquiátricos, sino también a los sociales y ocupacionales.

La confidencialidad, normalmente importante en cualquier tratamiento, es mucho más importante con sujetos esquizofrénicos con diagnóstico dual por su tendencia a la suspicacia y temores justificables de ser castigado por su comportamiento ilegal.

Algunos autores han planteado cuatro etapas en el tratamiento de estos pacientes: estabilización, ajuste, estabilización prolongada y rehabilitación.

- La etapa de estabilización aguda usualmente requiere una hospitalización breve y generalmente involuntaria para el control de los síntomas psicóticos por medio de antipsicóticos incisivos con pocos efectos secundarios

- La fase de ajuste es necesaria para convencer al paciente de la necesidad de continuar un proceso de tratamiento que apunte al control de su trastorno dual. Esta fase puede desarrollarse durante la hospitalización o a través de programas ambulatorios, con estrategias que incluyan una alianza terapéutica interpersonal, psicoeducación y organización de recursos externos, en una modalidad que sea educativa, no crítica y no confrontativa.

- La fase de estabilización prolongada propende por el mantenimiento de la abstinencia y la participación en programas de autoayuda como alcohólicos o narcóticos anónimos, pero con Énfasis en el manejo del trastorno psiquiátrico de base.

- La fase de rehabilitación involucra el redescubrimiento de viejas habilidades y el desarrollo de nuevas habilidades para mantener la abstinencia y la remisión, por medio de programas de rehabilitación vocacional y social.

Finalmente se puede considerar que las complicaciones que la marihuana trae en los pacientes esquizofrénicos, tanto en su pronóstico como en su respuesta a los antipsicóticos, y los efectos agudos o crónicos que produce en los consumidores, nos deben llevar a una reflexión responsable y a la adopción de una actitud de rechazo al consumo, que se transmita no sólo a nuestros pacientes y a sus familiares, sino a toda la sociedad en general(5).

NOTAS

1. Rodrigo Santis Barros y Miguel Casas. Diagnóstico Dual. Unidad de Adicciones. Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. Pag. 1-34

2. Marta Torrens, Monica Astals, Rocío Martín-Santos, Antònia Domingo-Salvany. Evaluación de la Comorbilidad Psiquiátrica. Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías, Hospital del Mar IAPS, Unidad de Investigación en Psiquiatría-IMIM, Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios-IMIM, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. Pag. 463-476

3. Pérez de Heredia, J. L., et al - Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. Trastornos Adictivos 2001; 3 (Monográfico 2):19-24.

4. Romero Soriano, C. Martínez Pérez, A. Abuso de Drogas y su Relación con la Esquizofrenia. 2002

5. Tamayo Jorge Mario. Marihuana y esquizofrenia: ¿un diagnóstico dual inocuo y terapéutico? rev. Col. psiquiatría, vol. xxvii, no. 1, 1998.

6. Torres Iarrañaga José Luis . Comorbilidad de Trastornos Mentales y Adicciones (ponencia presentada en el vii congreso nacional de especialistas en adicción "depresión, ansiedad y trastornos del sueño asociados al consumo de drogas". 17, 18 y 19 de agosto de 2006.

AUTOR

Marco Fabián García García